

| | | | |
|----------------------------|----|-----|--|
| Ambiente de control | SI | 68% | <p>Debilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> Desde el área de Planeación se debe estar realizando actividades permanentes sobre los principios y valores éticos para todos los funcionarios de la E.S.E. La organización debe implementar estrategias pedagógicas y comunicativas para reforzar el tema de la humanización y la responsabilidad que todo servidor público tiene con la comunidad y países interesados. Los directivos de la organización deben motivar a los equipos de trabajo a que adopten los valores institucionales y se comprometan con el logro de los resultados, igualmente tener la habilidad de dirigir y aconsejar a los servidores del equipo de trabajo, para anticipar y gestionar los problemas y dificultades en el desempeño de sus labores con el fin de demostrar el compromiso hacia la mejora continua y la innovación orientada a cumplir los objetivos propuestos. <p>Fortalezas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se cuenta con la disposición de la alta gerencia para ligar la implementación de MIPG. El CCC está funcionando. Se cuenta con un plan de auditorías por parte de control interno el cual fue aprobado por CCC y se está ejecutando. |
| Evaluación de riesgos | SI | 53% | <p>Debilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> La política de administración del riesgo no se ha actualizado, por tal razón se dificulta realizar seguimiento. Es necesario y urgente que se definan nuevamente los responsables de la 2da. Línea de defensa. Falta de elaboración del mapa de riesgos anticorrupción. <p>Fortalezas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se realiza seguimiento a los planes de mejoramiento interno y externo de antes de control, con el fin de evidenciar los avances y cumplimiento. Se cuenta con mapa de riesgos institucional, el cual es revisado por cada uno de los líderes de procesos. |
| Actividades de control | SI | 54% | <p>Debilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> Falta de evaluación sobre la internalización del conocimiento y aplicación de código de integridad dentro de la entidad. Es necesario que el CCC sea fortalecido con más integrantes. <p>Fortalezas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se cuenta con una matriz de riesgos institucional, identificación de controles y seguimiento a los mismos. Desde la revisión por dirección del sistema de gestión de calidad se realiza análisis de los resultados anuales con respecto a la eficacia de los controles para la materialización de los riesgos. |
| Información y comunicación | SI | 71% | <p>Debilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se debe establecer la estrategia de Gobierno Digital, de acuerdos a los pliegos establecidos por la normatividad legal vigente. Falta de evaluación a los canales de comunicación. La entidad no ha implementado actividades de control sobre integridad y confidencialidad. La entidad no cuenta con una política de operaciones, pero sí tiene definido los niveles de autoridad y responsabilidad. <p>Fortalezas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se realiza auditoría y seguimiento a la entrega oportuna de las respuestas a los usuarios en los tiempos establecidos. Como también la apertura de buzzones para el tratamiento de PQRS canalizados por este mecanismo. La institución cuenta con un software integrado (R/FAST 8), el cual permite capturar los datos para generar información, según la parametrización del sistema de acuerdo a los requerimientos establecidos como actividades, producción, facturación e indicadores normativos. Se realiza seguimiento en lo referente al cumplimiento de la presentación de informes, se cuenta con carpeta donde reposa soportes de envío. Se cuenta con mecanismos de comunicación interna como son circuitares, carteleras, correos institucionales, página web, reuniones de personal con las diferentes áreas. |

| | | |
|-----|--|-----|
| 46% | <p>“No se tienen bien claros y definidos los funcionarios responsables de las líneas de defensa.”</p> <p>“Se debe definir, el espacio de seguimiento a la responsabilidad del código de integridad.”</p> <p>“Se debe definir los espacios de acción.”</p> <p>“Los documentos y políticas claras relacionadas con la responsabilidad de cada funcionario en el desarrollo y mantenimiento del control interno (las líneas de defensa).”</p> <p>“Falta de compromiso de las áreas al momento de alimentar información para la construcción del plan de capacitaciones.”</p> <p>“Falta de compromiso de los líderes de procesos en el momento en que los áreas de control externo solicitan información para ser enviada.”</p> <p>“La entidad se encuentra definiendo con la nueva administración responsabilidades en las líneas de defensa, principalmente en la 2da línea.”</p> <p>“Se cuenta con el compromiso de la Gerencia para apoyar en los avances de MIPG.”</p> <p>“Los integrantes del C.C.I. cuentan con toda la disposición y compromiso para darle ahí.”</p> <p>“Se realiza evaluación a proveedores de manera semestral. Se realizan 2 al año al área jurídica para que se tomen decisiones.”</p> | 22% |
| 43% | <p>“No se cuenta con una política de riesgos actualizada por lo tanto la matriz de riesgos que se tiene cambiara en el momento que esta política se actualice.”</p> <p>“La 2da línea de defensa no consigna información frente a la gestión del riesgo.”</p> <p>“Los líderes de procesos no le dan la importancia a los auditores que realiza control interno, por tal motivo no cumplen en un 100% los planes de mejoramiento sustanciales.”</p> <p>“No se realiza un análisis por parte de la alta dirección sobre el impacto que causa los cambios en los niveles jerárquicos y organizacionales en la entidad.”</p> <p>“Se cuenta con un manual de funciones donde se encuentran asignadas las funciones en diferentes personas para realizar el riesgo.”</p> <p>“Se cuenta con una matriz de riesgo donde se tienen identificados los controles para la implementación de los riesgos.”</p> <p>“Se realizan auditorías periódicas a los procesos y los informes se socializan con la Gerencia para que se tomen decisiones.”</p> <p>“Se realiza evaluación a proveedores de manera semestral. Se realizan 2 al año al área jurídica.”</p> | 10% |
| 44% | <p>“Desde el área de Planeación se debe estar realizando actividades permanentes sobre los principios y valores éticos para todos los funcionarios de la E.S.E.”</p> <p>“La organización debe implementar estrategias pedagógicas y comunicativas para reforzar el tema de la humanización y la responsabilidad que todo servidor público tiene con la comunidad y países interesados.”</p> <p>“Los directivos de la organización deben motivar a los equipos de trabajo a que adopten los valores institucionales y se comprometan con el logro de los resultados. Igualmente tener la habilidad de dirigir y aconsejar a los servidores del equipo de trabajo con el fin de demostrar el compromiso hacia la mejora continua y la innovación orientada a cumplir los objetivos propuestos.”</p> | 10% |
| 50% | <p>“La institución no ha implementado actividades de control sobre la integridad, confidencialidad y disponibilidad de los datos de la información.”</p> <p>“Los canales de comunicación interno no son evaluados para verificar si son apropiados y efectivos.”</p> <p>“No se cuenta con una política de operación.”</p> <p>“La entidad no le presta la importancia a la página web para publicar las indicaciones relevantes en cada área.”</p> <p>“No se cuenta con un procedimiento que evalúe la efectividad de los canales de comunicación externa.”</p> <p>“La institución cuenta con un software integrado el cual permite la captura de datos para la generación de diferentes informes, según su parametrización.”</p> <p>“Se tienen definidos los niveles de autoridad y responsabilidad.”</p> <p>“Se cuenta con una oficina del SAU y con buzzones de sugerencias para que los usuarios internos y externos denuncien irregularidades en los diferentes servicios.”</p> <p>“Se cuenta con un área de ventanilla única que es donde se radica toda la información que ingresa y sale del hospital. Se cuenta con página web.”</p> | 21% |

Monitoreo

No

43%

Capacidades:
- Fortalecer el autocentro, autorregulación y autogestión en la institución, desde la misma elaboración de Planes de Mejoramiento, tanto internos como externos.
- Se requiere hacer efectiva la implementación y cumplimiento de Planes de Mejora Individuales y por proceso derivados de las Peticiones, quejas, reclamos y sugerencias, que llegan a la Entidad, tanto internas como externas.
- Muchas actividades que se realizan no cuentan con los apoyos necesarios y obligatorios.

Evidencias:
- Se realiza seguimiento y monitoreo periódico a los planes de mejoramiento suscritos según los lineamientos establecidos en las auditorías internas y externas por parte de los entes de control.
- Se realiza seguimiento a los diferentes requerimientos, con el fin de evidenciar su respectivo cumplimiento ante las entidades que los solicitan.

43%

- Los líderes de los procesos no le dan importancia a las auditorías internas que realiza control interno, esto se evidencia cuando se realizan los seguimientos a los planes de mejoramiento internos suscritos.
- No se cuentan con procedimientos de monitoreo continuo para que sean ejecutados por los líderes de procesos.
- No se cuenta con una política que establezca como reportar deficiencias de control interno en el momento de la auditoría.
- Se cuenta con un plan anual de auditorías el cual de aprobado por el C.C.I.
- Se cuenta con certificación externa de ICONTEC.
- Se tienen suscritos planes de mejoramiento con entes de control, estos hacen que logremos mejorar en las fallas que ellos detectan.
- Se evalúa la información suministrada por los usuarios a través de las PQRD a través del comité de calidad con el fin de dar respuesta oportuna y mejorar los procesos de los cuales se quejan.
- Producto de la auditoría interna de la vigencia 2020 se suscribieron cinco (5) planes de mejoramiento por los líderes de procesos, a los cuales de acuerdo con el tiempo de ejecución programado, se les realizó el respectivo seguimiento y evaluación, y se pudo concluir que de nueve (10) hallazgos, solo se cerraron cuatro (4) quedando abiertos seis (6) los cuales los líderes de procesos no los alcanzaron a cerrar por diferentes situaciones, las cuales quedaron plasmadas en los seguimientos y corre de estos.

0%